

BONCZ IMRE-BRANDTMÜLLER ÁGNES-DÓZSA CSABA-GULACSI LÁSZLÓ-JENEI GYÖRGY-NAGY BALÁZS-PÉKLI MÁRTA

PRIORITÁSKÉPZÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN – A KÖZGAZDASÁGTAN HOZZÁJÁRULÁSA

Hazánkban az Egészségbiztosítási Alap igen jelentős összegekkel gazdálkodik: jelenleg évente mintegy 1 500 milliárd forinttal. Az Egészségbiztosítási Alap részesedése a bruttó hazai termékből az 1990-es évek elején 9% körül volt, ma és az elmúlt pár évben 6–7% körüli. Az Alap éves tervszámai rendszeresen elmaradnak a tényleges teljesítéstől. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) Egészségbiztosítási Alapjának (E. Alap) 1994 és 2005 között minden évben folyamatosan deficit volt. A hiány mértéke 2003 és 2005 között azonban jelentősen megnőtt és minden évben meghaladta a kiadások 20%-át. Ezen 3 év alatt nominálértéken közel 1 000 milliárd forinttal növekedett az E Alap kumulált hiánya. Az 1994–2005 közötti kumulált deficit nominálértéken 1 421,0 milliárd forint, illetve ugyanez a kumulált deficit 2005-ös áron 1 757,9 milliárd forint. (Bonc, 2005) A fenti számok jól érzékeltetik, hogy milyen jelentős összegekről van szó; ugyanakkor szembe kell nézni azzal, hogy a források korlátosak, és a jövőben várhatóan tovább nő az egészségügyi szolgáltatások finanszírozási igénye. El kell tehát gondolkodni arról a kérdéstről, hogy mit, kinek és mennyiért nyújt az egészségügyi ellátórendszer, hol van lehetőség források felszabadítására és hatékonyabb felhasználásukra. A Corvinus Egyetem és a Pénzügyminisztérium 2005. évi közös projektje részben ezekkel a kérdésekkel foglalkozott. A jelenlegi cikk¹ röviden ismerteti, hogy a közgazdaságtan, és azon belül az egészség-gazdaságtan hogyan járulhat hozzá az egészségügyi prioritásképzés gyakorlatához.

A PRIORITÁSKÉPZÉS KONCEPCIÓJA AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Benjamin Franklin jegyezte meg könyvében 1742-ben, hogy „ezen a földön semmi sem biztos, kivéve a halált és az adókat” (Franklin, 1989 és 1996). Ehhez a két fátumhoz a közgazdász hozzáadott egy méltó harmadikat: az anyagi javak szűkösségét.

Az egészségügyi ellátórendszerek a világon mindenütt egyre erőteljesebben szembesülnek azzal a nyomással, amit a társadalmi, demográfiai változások, az egészségügyi technológiák² rohamos fejlődése jelent: az egészségügyre fordítható erőforrások nehezen tudnak lépést tartani a megnövekedett elvárásokkal, az újabb és újabb, rendkívül drága technológiák finanszírozási igényével. Ezért az egészségügyi finanszírozási rendszerek kénytelenek rangsorolni, egyfajta sorrendet felállítani a finanszírozásra váró tech-

1 A publikáció a Budapesti Corvinus Egyetem, a Pénzügyminisztérium, az Egészségügyi Minisztérium, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és az Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet együttműködésében végzett „A gyógyszerfinanszírozás módszertani alapjai és költség-hatékonysági elemzése” című project tanulmányai alapján íródott, a project legfőbb eredményeinek összefoglalása megtalálható a <http://hecon.uni-corvinus.hu> honlapon. Ezúton mondunk köszönetet Prof. Michael Drummondnak (University of York), Prof. Frans Ruttennek és Prof. Marc Koopmanschappnak (Erasmus University, Rotterdam), és Prof. Livio Garattininek a project nemzetközi szakértőinek, értékes segítségükért és javaslataikért.

2 Az egészségügyi technológiák fogalma nagyon szélesen definiált. Ide tartoznak a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, orvosi eljárások (pl. műtétes beavatkozások), diagnosztika, egészségfejlesztési-nevelési programok.

nológiák között, annak érdekében, hogy a szűkösen rendelkezésre álló egészségügyi forrásokat minél hatékonyabban tudják felhasználni. Az egészségpolitikai kérdés tehát nem az, hogy kell-e az egészségügyi technológiákat a finanszírozás szempontjából priorizálni hanem az, hogy hogyan tegyék ezt.

A 70-es években *Cochrane* (1971) fejtette ki talán először szisztematikus formában a rangsorolás szükségességét. Véleménye szerint csak az eredményes (effective) szolgáltatásoknak van helye az egészségügyben; a szűkösen rendelkezésre álló pénzeszközök és az etikai megfontolások egyaránt ezt kívánják. A rangsorolás első lépése az, hogy csak olyan egészségügyi technológiákat (pl. gyógyszerek) biztosítanak a betegek számára, amelyek javítják a betegek állapotát, és amelyek alkalmazása esetén (egészség)haszon keletkezik – a nem eredményes terápiák használatát pedig elhagyják. Az egészségügyben a rangsorolás fogalmát Williams (Maynard, 1998) úgy fogalmazta meg, hogy: „A rangsorolás az a folyamat, amely során valakitől (valakiktől) megtagadnak olyan egészségügyi ellátásokat (vagy éppen fordítva: szolgáltatják ezeket) amelyekről mindenki tudja, hogy az egészségi állapotot javítják, és amelyekben mindenki szeretne részesülni”. Az utóbbi megközelítés rávilágít a rangsorolás igazi nehézségére. Olyan egészségügyi technológiákról kell lemondani, amelyek egyébként hasznosak, egészségjavulást eredményeznek. Másrészt olyan betegek is ellátás nélkül maradhatnak (vagy az ellátás alacsonyabb szintjében részesülhetnek), akik kezelésére egyébként létezik terápia. A racionalizálás, prioritásképzés tehát egyszerre vet fel etikai, méltányossági és gazdasági kérdéseket. Ezek összehangolása igen bonyolult feladat, ennek ellenére nem lehet kitérni a kérdés elől. Az egészségügyben a makro-, mezo- és mikroszinten hozott döntéseknek – akár explicit, akár implicit módon – szinte mindig van a prioritásképzéssel kapcsolatos vetülete.

Prioritásokról többféle tekintetben is beszélhetünk. A prioritások felállítását általában az egészségügyre fordítható források elköltésénél szokás vizsgálni, azonban fontos szempont magának az egészségügyi ágazatnak a priorizálása, amelynek során eldől, hogy az egymással vetélkedő közszolgáltatások közül melyik ágazat mekkora forrásokat tud megszerezni. Az egészségügyi rendszeren belüli prioritásképzés leggyakrabban a *biztosítási alapsomag (újra) definiálásához* illetve a *jogosultsági (hozzáférési) szabályok módosításához* kötődik. Ide tartoznak azok a kérdések, amikor az egészségpolitika arról dönt, hogy melyik régióban támogatja az ellátó intézmények fejlesztését, mely területeken indít népegészségügyi programot, melyik ellátások tartozzanak a társadalombiztosítás keretében nyújtott ellátások közé, mekkora társadalombiztosítási támogatás mellett lehet hozzájutni egy gyógyszerhez és így tovább. A gyakorló orvosok is nap mint nap döntenek arról, hogy melyik beteg kerülhet korábban műtetre, kinek adnak hatásosabb, de esetleg jóval drágább kezelést.

A betegek, betegcsoportok, egészségügyi technológiák közötti választás tehát minden téren jelen van. A priorizálási mechanizmusok pedig jól-rosszul, a méltányossággal összhangban, vagy annak ellentmondva, szakmailag megalapozottan, vagy egyedi érdekektől hajtva, de mindenképpen működnek. A kérdés az, hogy van-e lehetőség és szándék ezen döntési folyamatok szakmai megalapozására és a transzparencia növelésére.

Sokan a *tudományos bizonyítékok alapján történő orvoslástól* (evidence based medicine, EBM) és finanszírozástól várták a forráshiány enyhítését az egészségügyben. Azonban, mint azt *Sackett* (1996), a bizonyítékokon alapuló orvoslás egyik legismertebb szakértője kifejti: „A tudományos bizonyítékok alapján praktizáló orvosok a leghatékonyabb beavatkozásokat választják ki és alkalmazzák betegeik kezelése során. Azokat az

ellátásokat választják, amelyek maximalizálják az egyes betegek életének hosszát és életminőségét; ez azonban valószínűleg emeli, és nem csökkenti az egészségügyi ellátás költségeit”.

Maynard (1998) véleménye szerint Sackett (1996) vélekedése több szempontból sem teljes. Az egyik probléma, hogy a beteg jogát a terápia megválasztásához ez a megközelítés nem veszi kellőképpen figyelembe. A másik, hogy amennyiben az orvosi tudományos bizonyítékokat, azaz az elérhető egészségnyereséget, használják a forrásallokáció (finanszírozás) legfőbb vagy egyedüli kritériumaként, akkor nincs információ arról, hogy az egyébként hatásos, eredményes technológia bevezetése hogyan hat a forrásallokáció hatékonyságára.

A bizonyítékokon alapuló orvoslás/egészségügy vitathatatlan érdeme, hogy a nem hatásos egészségügyi technológiákat kirekeszti az egészségügyi gyakorlatból, és így erőforrásokat szabadít fel, azonban az EBM megközelítésében gazdasági megfontolások természetesen nem merülnek fel. Gazdasági szempontból a rangsoroláshoz tartozó két alapvető fogalom a határhaszon és az alternatív költség, amelyek ismerete nélkül nem hozhatók az erőforrás-allokáció hatékonyságát javító döntések. Az EBM ezekkel a kérdésekkel nem foglalkozik.

MÉLTÁNYOSSÁG VERSUS KÖLTSÉG-HATÉKONYSÁG

Az egészségpolitikában az emberek egészségi állapotában mutatkozó *egyenlőtlenségek mérséklése* széles körben elfogadott célkitűzés. A méltányosság fogalma a gyakorlatban azonban nehezen ragadható meg. Az még kevésbé világos, hogy az egészségpolitika hogyan viszonyuljon azokhoz az intézkedésekhez, egészségpolitikai tervekhez, amelyek esetében a méltányossági és hatékonysági szempontok konfliktusban állnak – azaz csak egymás rovására érvényesíthetők. Az is jellemző, hogy a szakmai vitákban explicite fel sem merül ez a dilemma, az egészségpolitika nem foglal állást ezen a téren, és így sokszor inkonzisztens döntések születnek (Sassi, 2001).

A prioritásképzés folyamatát a közgazdaságtan eszközeivel az egészség-gazdaságtani elemzések segítik. Az egészség-gazdaságtani elemzések mérik, értékelik és összehasonlítják az egyes alternatívák (pl. egy betegség kezelésére alkalmas különféle terápia) egészséghasznait és költségeit, és így segítik a forráselosztási döntéseket. Ezek a módszerek azonosítják azokat az ellátásokat, amelyek a legnagyobb értéket nyújtják adott pénzüsszeg elköltése mellett. A prioritásképzésnek ez a megközelítése utilitáriánus (haszonelvű), vagyis társadalmi célként azt fogalmazza meg, hogy az elérhető források mellett a lehető legtöbb haszon elérésére kell törekedni, és az ellátások prioritizálása a technológiák költséghatékonysági rangsora alapján képzelhető el.

Az egészség-gazdaságtani elemzések valóban segítenek feltárni, hogy hogyan lehet a leghatékonyabban elosztani az erőforrásokat, azonban a gyakorlat azt mutatja, hogy az elemzéseknek nincs akkora hatása a valós döntésekre, sőt, a döntések sokszor nincsenek összhangban a költséghatékonysági elemzések eredményeivel. Ennek egyik magyarázata, hogy az egészség-gazdaságtani elemzések nem vesznek figyelembe méltányossági megfontolásokat. Az elemzés szempontjából közömbös, hogy az egészséghaszon kinél jelentkezik. Ezzel szemben a társadalom, és ennek következtében a döntési helyzetben lévő egészségpolitikus, eltérően értékelheti az egészségi hasznot attól függően, hogy az a társadalom mely tagjánál jelentkezik (Stolk, 2005).

Az egészség-gazdaságtan a maga eszközeivel megpróbál reflektálni arra a problémára, hogy egy egészségügyi ellátás értékét önmagában nem csak az határozza meg, hogy mennyi egészségnyereséget generál, hanem az is, hogy az egészségnyereség hogyan oszlik meg az emberek között. A különféle elosztási módozatoknak tulajdonított értékek elvileg mérhetők, és így eldönthető az, hogy betegségecsoportonként mekkora jelentőséget tulajdonítsuk az egészségnyereségnek. Tipikusan ilyen elosztási kérdés lehet például, az hogy a társadalom mit preferál: a sok embernél jelentkező, de kismértékű egészséghasznót, vagy a csak néhány embernél jelentkező nagy egészségnyereséget.

Az egészség-gazdaságtani elemzések általában az egészséghasznót megmentett életévben, vagy *életminőséggel korrigált életévben* (Quality Adjusted Life Year, QALY) fejezik ki, amelyek nem tükröznek társadalmi értékítéletet. *Wagstaff* mutatott rá arra, hogy az egészség-gazdaságtani elemzésekben a méltányossági és költséghatékonysági szempontok kombinálhatók oly módon, hogy a betegségtől, a beteg korától, társadalmi-gazdasági helyzetétől, stb. függően az egészséghasznokat súlyozzuk. Ez a súlyrendszer egyben azt is kifejezné, hogy mekkora az az egészségveszteség, amit a társadalom elfogadhatónak tart, vagyis hajlandó feláldozni annak érdekében, hogy az egészség elosztása méltányosabb legyen. Szintén *Wagstaff* megfogalmazása szerint: megvalósítható az egészség méltányosabb elosztása, de csak annak árán, hogy az egészség átlagos szintje alacsonyabb lesz. Ezt az átváltást nevezte el „equity-efficiency trade-off”-nak (*Stolk*, 2005). Az egészségpolitika szemszögéből ez a trade-off azt jelenti, hogy a társadalom kész elfogadni, hogy a rosszabb állapotban lévő betegek kezelésért többet fizessen.

Az egészségügy területén mind az elméletben, mind a gyakorlatban számos méltányossági megközelítéssel lehet találkozni (pl. egalitarianizmus, rule of rescue – a közvetlen életveszély elhárításának követelménye, szükségletalapú elosztás, egyenlő hozzáférés a szolgáltatásokhoz, minimálisan szükséges szolgáltatások meghatározása). Ezek a koncepciók azt próbálják definiálni, hogy mit jelent az egészség és az egészségügyi ellátás „fair” elosztása, és az hogyan ültethető át a gyakorlati egészségpolitika nyelvére. A méltányossági megközelítésekkel kapcsolatban fontos kiemelni, hogy végső soron mindegyik mesterséges konstrukció, egyfajta értékítélet, és egyik megközelítés sem legitimebb a többinél; bármelyik megközelítés alkalmazására lehet példát hozni a prioritásképzés területéről.

Az egészségpolitikai döntéseknek éppen a társadalom értékítéletével, preferenciáival való szoros kapcsolata jelölheti ki az egészség-gazdaságtan határait. Egyrészt nem lehet csak gazdasági szempontok alapján döntéseket hozni, másrészt – ha módszertanilag meg is lehetne oldani – jelenleg inkább az az irányadó nézet, hogy a társadalmi értékek megjelenítését (pl. súlyrendszerek kialakítását) nem az egészség-gazdaságtani elemzések keretében kell kezelni, hanem továbbra is a döntéshozókra kell azt bízni. A világ fejlett országaiban – ahol egyébként az egészség-gazdaságtani elemzések fontos inputjai a döntéshozatalnak – túlnyomórészt ebben a szellemben működnek a döntéshozó szervek.

AZ EGÉSZÉG-GAZDASÁGTAN SZEREPE A GYAKORLATI DÖNTÉSHOZATALBAN – AZ EGYESÜLT KIRÁLYSÁG PÉLDÁJA

Az egészség-gazdaságtan területén, mind az elméletet, mind a gyakorlati felhasználást tekintve, az egyik legnagyobb tudományos háttérrel és tapasztalattal rendelkező ország az Egyesült Királyság. Angliában 1999 óta működik a National Institute of Clinical Excellence (NICE), amelynek számos feladata közül az egyik, hogy a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) számára *ajánlásokat fogalmazzon meg*. Ezek azt vizsgálják, hogy mely egészségügyi technológiák javasolhatók finanszírozásra az NHS erőforrásaiból. Országosan egységes irányelveket is megfogalmaznak, amelyek mind klinikai, mind költség-hatékonysági szempontokat érvényre juttatnak.

Az NHS-ben nincs makro-szinten meghatározott szolgáltatáscsomag (benefit catalogue/package). Az egészségügyi szolgáltatók szabadon dönthetnek arról, hogy milyen ellátást tartanak megfelelőnek az adott beteg esetében a rendelkezésükre álló költségvetési kereteken belül. A NICE ajánlásai kötelező érvényűek a regionális egészségügyi hatóságok számára. Azaz ha a szolgáltató alkalmazni kívánja a NICE által ajánlott technológiát, a regionális hatóságnak finanszíroznia kell azt.

A NICE a kormányzattól függetlenül működik, és az Értékelő Bizottság (Appraisal Committee) feladata, hogy döntést hozzon egyes technológiák ajánlásáról vagy elutasításáról. A bizottságban az érintettek széles köre képviselteti magát: az egészségügyi ellátók, a gyártók, a betegszervezetek, egészség közgazdászok, a regionális hatóságok, az NHS-ben dolgozó szakemberek.

A NICE tevékenysége szorosan kapcsolódik ahhoz az egészségügyi technológia-elemzési programhoz, amely már szintén több éve folyik az Egyesült Királyságban, hat Egyesütemi Centrum részvételével. Ez a program szolgáltatja a technologiaelemzési eredményeket. Egyrészt módszertanilag felülvizsgálják a gyártók által beadott elemzéseket, másrészt önálló, új elemzéseket végeznek.

A NICE tevékenységében, szabályozott döntéshozatali mechanizmusában jól nyomon követhető az egészség-gazdaságtani eredmények és az egészségpolitikai döntések tudatos szétválasztása. Élesen megkülönböztetik a technológiák elemzését (assessment) a technológiák értékelésétől (appraisal). Az *elemzés* a tudományos evidenciák szisztematikus és független feltárását, összegzését jelenti. Az *értékelés* a tudományos bizonyítékokon kívül mérlegeli a klinikai szakemberek, a betegek, az egészségpolitika szempontjait is, ezen belül például a technológia elfogadhatóságát a betegek számára, a méltányossági megfontolásokat, az egészségügyi technológia bevezetésének, alkalmazásának a megvalósíthatóságát, az egészségügyi személyzetre, a kapacitásokra, az infrastruktúrára gyakorolt hatását, és az esetleges oktatási, képzési igényt.

A NICE eddigi tevékenysége során közel 100 technológia értékelési projekt eredményét tette közzé. Az esetek túlnyomó többségében gyógyszereket elemeztek. A döntések kapcsán jól látszik, hogy a költséghatékonyságon kívül más szempontokat is figyelembe vettek. Az NHS egyik méltányossági alapelve az egészségügyi ellátáshoz történő *egyenlő hozzáférés*, amely független az egyén fizetési képességétől. A másik a szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés, földrajzi elhelyezkedéstől függetlenül. A jövedelem és a területi hovatartozás melletti egyéb populációs jellemzők, mint például kor, nem, etnikai hovatartozás, társadalmi csoporthoz tartozás szintén fontos tényezők lehetnének a méltányossági szempontok kialakításának. A NICE-nak azonban jelenleg nincs felhatalmazása arra, hogy különbséget tegyen társadalmi csoportok között.

Habár társadalmi csoportok szerint nem lehet különbséget tenni, fontos szerep jut a döntéshozatalban a betegcsoportok szerinti mérlegelésnek. A NICE ritkán utasít el teljes mértékben egy technológiát, az azonban bevett gyakorlat, hogy a technológia használatát csak orvosi paraméterekhez kötött szűkebb betegcsoportnál javasolják. Ennek a gyakorlatnak költség-hatékonysági aspektusa is van. Gyakori eset, hogy egy technológia a teljes betegpopulációra vonatkoztatva nem költség-hatékony. Ilyenkor fontos egészség-gazdaságtani elemzési feladat annak a betegcsoportnak az azonosítása – ha van ilyen – amely esetében a technológia költség-hatékony. A betegcsoport szerinti mérlegelés másik példája, hogy a NICE vélhetően másképp, sajátos szempontokat is szem előtt tartva kezeli az úgynevezett „orphan” ellátásokat (rendkívül ritkán előforduló betegség kezelésére szolgáló ellátás), illetve azokat, ahol csak egyetlen kezelés létezik, alternatívák nélkül. A betegek kiinduló egészségi állapota – alacsony kezdeti életminőség és rossz életkilátások – szintén fontos szerepet játszhat.

FINANSZÍROZÁSI KÜSZÖBÉRTÉK

Az egészségügyi technológiák költség-hatékonysága egyre fontosabb szempont a technológiák (például gyógyszerek) befogadási döntéseiben. A döntéshozókat speciálisan az érdekli, hogy valamely egészségügyi technológia mennyivel több vagy kevesebb egészség-hasznot és költséget generál egy másik – megfelelő kritériumok alapján kiválasztott – technológiához, az ún. *komparátorhoz* képest. Az elemzés eredménye tehát egy inkrementális költség-hatékonysági ráta. Például, a vizsgált technológia egy pótlólagos QALY-t 30 000€-ért „állít elő”. Rögtön fel lehet tenni a kérdést, hogy ez a technológia költség-hatékony-e? Mit mond a döntéshozó számára ez a szám? Ennek a kérdésnek a megválaszolásához szükség lenne valamilyen referencia-értékre, amely kifejezi, hogy az adott társadalom mennyit hajlandó (és képes) fizetni egy megnyert QALY-ért. Ezt az értéket finanszírozási küszöbértéknek hívják.

Az OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) országok 2001-ben, átlagosan GDP-jük 8,4%-át költötték egészségügyre, az egyes országok egészségügyre fordított kiadásai azonban jelentősen különböznek egymástól. A nemzeti jövedelemtől függően nagyon különböző az az összeg, amit egy egység haszon (például 1 QALY) elérése érdekében az adott ország el tud költeni. Jelenleg nem ismerünk olyan országot, ahol jogszabályban rögzített finanszírozási küszöbérték létezne. Ez jórészt azal magyarázható, hogy a küszöbérték alkalmazása sok olyan társadalmi, etikai, egészségpolitikai, és a gyógyszerpiacok működésével kapcsolatos kérdést vet fel, amelyek még megválaszolatlanok. Ennek ellenére, döntéshozói szükségletből fakadóan számos országban használnak valamilyen küszöbértéket, amelyet az országok egy részében kormányzati finanszírozású egészség-gazdaságtani és technologiaelemzési intézmények „állapítanak meg”.

Az egy jó minőségű életév nyereségre eső költségszint, amit megfelelőnek tartanak, országonként eltér. Az Egyesült Királyságban jelenleg a 20 ezer GBP/QALY alatti rátát jó költséghatékonyságúnak tartják, de azért nincs szó automatizmusról: önmagában a jó költséghatékonyság nem feltétlenül elegendő a technológia ajánlásához. A 20–30 ezer GBP/QALY közé eső technológiák még elfogadhatóak, míg ennél rosszabb költséghatékonyság esetében már igen komoly egyéb szempontoknak kell felmerülniük ahhoz, hogy javasolják a technológiát.

Svédországban a 30–50 ezer €/QALY közötti sávban az adott technológia finanszírozása általában javasolt, 50–70 ezer €/QALY esetén a technológia finanszírozásának indokoltságát több oldalról is nagyon alaposan megvizsgálják, míg 70 ezer €/QALY felett általában nem finanszírozzák a technológiát. *Hollandiában* és *Spanyolországban* egyaránt 20–30 ezer €/QALY a finanszírozási küszöb. Jó közelítéssel elmondható, hogy a fejlett országokban az egy QALY finanszírozási küszöbe az egy főre eső nemzeti jövedelem 100-300%-a közé esik, és nem is annyira egy küszöbértékről, mint inkább küszöbérték sávról lehet beszélni, amely orientálja a döntést, de nem limitálja.

A költséghatékonysági „szűrőn” kívül másik fontos szempont, hogy éves szinten mekkora a költségvetési kihatása a kérdéses egészségügyi technológia bevezetésének, elterjedt alkalmazásának. *Ausztráliában* például, ha valamilyen egészségügyi technológia várható költségvonzata több mint 10 millió ausztrál dollár évente, akkor a kormány döntése szükséges.

HAZAI TAPASZTALATOK

A fejlett országokban napjaink egészségügyének alapvető kérdése a fenntartható finanszírozhatóság és a döntések transzparenciája. Valamennyi fejlett országban törekszenek arra, hogy meghatározzák az egészségpolitikai (ezzel együtt finanszírozási) prioritásokat és azt, hogy az egy egységnyi egészséghaszon elérése érdekében az adott ország mennyit tud és hajlandó költeni. Ezen célok elérése sem szakmailag, sem politikailag nem könnyű feladat, megkerülni viszont jelenlegi tudásunk szerint nem lehet.

Hazánkban a prioritásképzés területén az utóbbi években jelentős változást hozott a gyógyszerek társadalombiztosításba való befogadásának új szabályozása, és az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet kereteiben a Technológia-értékelő Iroda felállítása, amely Magyarországon is intézményi kereteket adott az egészség-gazdaságtani elemzések felhasználásának. Bár egyéb gyógyító-megelőző ellátási területeken is léteznek olyan grémiumok, amelyek a prioritásképzést támogatják, jelenleg mind jogszabályilag, mind intézményrendszerét tekintve a gyógyszerek társadalombiztosításba való befogadása esetében beszélhetünk a legkimunkáltabb rendszerről.

A hazai prioritásképzés a jelentős előrelépések ellenére is számos problémával küzd. Elsősorban, és ami talán a legfontosabb, hogy *hiányzik* a társadalombiztosítási befogadáspolitikai és döntés-előkészítés átfogó, *szisztematikus rendszere*. Nem lehet megfedkezni arról, hogy az egészségügyi ellátás során különböző intézmények együttműködéséről, különféle egészségügyi technológiák együttes hatásáról van szó. Az egyes technológiák támogathatják, vagy kiválthatják egymást. Egy egészségügyi technológia tényleges szerepét, fontosságát csak a többi egészségügyi technológiához képest lehet megítélni, mint ahogy azt is, hogy például egy új technológia bevezetése milyen hatással lesz más technológiákra, illetve az egészségügyi szolgáltatókra. Ennek megfelelően kell tehát a döntéshozatali rendszert is kialakítani. Továbbá meg kellene határozni azokat az egészségpolitikai kritériumokat, amelyek mentén a prioritásokat fel lehetne állítani. Ez nagyban hozzájárulna a konzisztens döntéshozatalhoz. Megfogalmazott szempontrendszer híján az egészségügy különböző területein hozott döntések, még ha önmagukban indokoltak is, nem feltétlenül mutatnak egy irányba, és ez redundanciákhoz, vagy az erőforrások elaprózásához vezethet.

A prioritásképzés terén érdemes lenne jobban kiaknázni azokat a módszertani lehetőségeket, amelyek segítségével megalapozottabb, jobban informált döntéseket lehetne

hozni. Itt elsődleges cél az lehet, hogy továbbfejlődjünk azokon a területeken (adatgyűjtés, módszertani irányelvek kidolgozása, intézményrendszer fejlesztés, szakemberképzés, stb.), amelyek nélkül nem lehet a döntéshozatalt hatékonyan támogatni.

Irodalom

1. Boncz, I.: Az Egészségbiztosítási Alap pénzügyi egyensúlyáról és hiánygazdálkodásáról. IME, 2005; 4:5–7.
2. Cochrane A. L., Effectiveness and efficiency, The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1971.
3. Franklin, B. (1989) Franklin Benjamin számadása életéről, Európa Kiadó, Budapest, 1989.
4. Franklin, B.(1996) in: Jay, A. (ed) The Oxford dictionary of political quotation, Oxford University Press, 1996.
5. Gulácsi, L. (szerk.): Klinikai Kiválóság. Technológiaelemzés az egészségügyben. Springer, 1999.
6. Gulácsi, L. (szerk): Egészség-gazdaságtan. Medicina, 2005.
7. Maynard, A. és Bloor, K., (1998) Our certain fate: rationing in health care, Office of Health Economics, 1998.
8. Sackett, D.L., Rosenber, WMC, Muir Gray, J.A. és mtsai (1996) Evidence based medicine: what is and what isn't. British Medical Journal, 1996, 302, 7023, 71–72.
9. Sassi, F., Le Grand, J., Archard, L. (2001): Equity versus efficiency: a dilemma for the NHS. BMJ; 323:762–763.
10. Stolk, E. A. (2005): Introduction: Ethics and economics, where can they meet? In. Equity and efficiency in health care priority setting: How to get the balance wright? PHD tézis. Ridderprint offsetdrukkerij bv, The Netherlands.
11. www.nice.org.uk
12. A gyógyszerfinanszírozás módszertani alapjai és költség-hatékonysági elemzése. 4. fázis: Rangsorolás, prioritások felállítása és a költség-hatékonysági finanszírozási küszöb; a szakirodalom áttekintése, valamint a hazai alkalmazhatóság vizsgálata. Tanulmány, Corvinus-PM projekt, 2005.

PAUL A. SAMUELSON

A KÖZÖSSÉGI KIADÁSOK TISZTA ELMÉLETE

The Review of Economics and Statistics, Vol. XXXVI, 1954. No. 4.

A XX. századi közösségi közgazdaságtan egyik meghatározó elméleti eredménye Paul A. Samuelson nevéhez fűződik, aki 1954-ben jelentette meg a *Közösségi kiadások tiszta elmélete* című cikkét. Azóta már több, mint egy fél évszázad telt el, mégis az ott lerakott alapokat, és főleg a cikk szemléletét irányadónak tekinthetjük. Ez indokolta, hogy a cikk magyar fordítását megjelentessük.

1. FELTEVÉSEK

Sax, Wicksell, Lindahl, Musgrave és Bowen kivételével a közgazdászok eléggé elhanyagolták a közösségi kiadások elméletét, energiájuk jó részét az adózás elméletére fordították. Ezért kifejezetten két jószágcsoporthat feltételezek: a közönséges *magánfogyasztású javakat* (X_1, \dots, X_n), amelyeket különböző (1,2, ..., i , ..., s) egyének között szétoszthatunk az

$X_i = \sum_1^s X_i^j$ összefüggés szerint és a *közösségi fogyasztású javakat* (X_{n+1}, \dots, X_{n+m}), amelyeket mindannyian közösen élveznek abban az értelemben, hogy bármely egyén fogyasztása egy ilyen jószágból nem eredményezi bármely másik egyén azonos jószágból történő fogyasztásának csökkenését; így $X_{n+j} = X_{n+j}^i$ egyidejűleg igaz minden i -edik egyénre és minden közösségi fogyasztású jószágra. Nem egy misztikus csoportszellemet feltételezek, ami a közösségi jószágokat élvezzi; ehelyett azt teszem föl, hogy mindegyik egyén rendelkezik az ordinális preferenciák egy következetes rendszerével minden általa fogyasztott (úgy köz-, mint magán-) jószágra vonatkozóan, amit egy folytonos és konvex $u^i = u^i(X_1^i, \dots, X_{n+m}^i)$ hasznossági mércében foglalhatunk össze (a hasznossági jelzőszám bármilyen monoton transzformációja természetesen szintén egy elfogadható kardinális preferencia-mérőszám). Mindvégig követni fogom a szokást, hogy bármilyen függvény j -edik független változó szerinti parciális deriváltját j alsó index-szel jelölöm, így $u_j^i = \partial u^i / \partial X_j^i$, és így tovább. Feltéve, hogy a közgazdasági menynyiségek két csoportba oszthatóak (1) *outputok* vagy olyan jószágok, amelyeket mindig mindenki maximalizálni igyekszik és (2) *inputok* vagy tényezők, amelyeket mindig mindenki minimalizálni akar, szabadon megváltoztathatjuk az utóbbi kategória algebrai jeleit, és ettől fogva csak „javakkal” dolgozunk, tudva, hogy az inputtényezők esetét is lefedtük. Ezzel a konvencióval biztosak lehetünk abban, hogy $u_j^i > 0$ minden esetben.

Annak érdekében, hogy a termelésre vonatkozó feltételeket a legegyszerűbben kezeljük, felteszek egy szokásos konvex és folytonos termelési lehetőség függvényt, ami minden outputot, magát és közösségit összekapcsol, vagyis $F(X_1, \dots, X_{n+m}) = 0$, ahol $F_j > 0$, és az F_j/F_n arányok adottak és érvényes rájuk a csökkenő hozadék általánosított törvénye.

A megvalósíthatósági megfontolások mellett létezik egy *maximális* (ordinális) *hasznossági határfelület*, ami a Pareto-optimális pontokat jelenti – amelyek ($s-1$) dimenziójúak – azzal a jellemzővel, hogy egy ilyen határpontban csak úgy javíthatunk egy ember helyzetén, ha egy másikén rontunk. Ha normatív ítéleteket kívánunk alkotni a különböző elrendezések viszonylagos erkölcsi kívánatosságára vonatkozóan néhány magasabb és néhány alacsonyabb közömbösségi szinten lévő egyén esetében, rendelkezniünk kell az

ordinális személyközi normák egy halmazával vagy egy társadalmi jóléti függvénnyel, ami a rendszer lehetséges állapotai közül az etikai preferenciák egy konzisztens készletét képviseli. A közgazdász számára nem „tudományos” cél, hogy „levezesse” ezt a függvényt, ennek ugyanis annyi formája lehet, ahány lehetséges etikai nézet létezik. Jelen esetben mindössze annyi kikötést teszünk, hogy a *társadalmi jóléti függvénynek* mindig növekednie illetve csökkennie kell, amikor bármely személy ordinális preferenciája növekszik, illetve csökken, mialatt mások ugyanazon a közömbösségi szinten maradnak. Matematikailag arra a csoportra szűkíthetjük le, amelynek bármilyen mérőszáma felírható $U = U(u_1, \dots, u_s)$ formában, ahol $U_j > 0$.

2. OPTIMÁLIS FELTÉTELEK

A fenti normákban kifejezve létezik a „világ legjobb állapota”, amelyet az egyszerű szokásos esetekben az alábbi határfeltételek határoznak meg matematikailag:

$$\frac{u^i_j}{u^i_r} = \frac{F_j}{F_r} \quad (i=1,2, \dots, s; r, j=1, \dots, n) \text{ vagy } (i=1,2, \dots, s; r=1, j=2, \dots, n) \quad (1)$$

$$\sum_{j=1}^s \frac{u^i_{n+j}}{u^i_r} = \frac{F_{n+j}}{F_r} \quad (j=1, \dots, m; r=1, \dots, n) \text{ vagy } (j=1, \dots, m; r=1) \quad (2)$$

$$\frac{U_i u^i_k}{U_q u^q_k} = 1 \quad (i, q=1, \dots, s; k=1, \dots, n) \text{ vagy } (q=1; i=2, \dots, s; k=1) \quad (3)$$

Az (1) és a (3) egyenletek alapvetően megegyeznek azokkal, amelyeket a „Közgazdasági elemzés alapjai” című munkám jóléti közgazdaságtannal foglalkozó fejezetében adtam meg. Ezek alkotják az én „új jóléti közgazdaságtan” változatomat. Önmagában az (1) alkotja a kapcsolatok azon részalmazát, amelyek meghatározzák a Pareto-optimális hasznossági határfelületet. Ezek képviselik egy szerintem szükségtelenül szűkített változatát annak, amit egykor „új jóléti közgazdaságtannak” hívtak.

Az itt hozzákapcsolt új elem a (2) alatti, ami a közösségi fogyasztású javakra fordított kormányzati kiadások tiszta elméletét állítja fel. Az (1) és (2) definiálják a hasznossági határpontok $(s-1)$ dimenzióját; de csak a (3)-nak megfelelő egyének esetén vagyunk képesek egy egyértelműen „legjobb” állapotot meghatározni, így a (3) normatív feltételnek tekinthető.

A (2) feltételek néhány évvel ezelőtti megfogalmazása óta Richard Musgrave megjelent és kiadatlan írásaiból rájöttem, hogy azok alapvető logikája megtalálható a közösségi pénzügyek Sax-Wicksell-Lindahl-Musgrave típusú „önkéntes csere” elméleteiben. Azt is megtudtam, hogy Howard Bowen tőlük függetlenül felfedezte őket egy évtizeddel korábban. A feltételek grafikai bemutatása az egyének helyettesítési határátáinak inkább *vertikális*, mint *horizontális* összegzésén keresztül megadható; hangsúlyoznom kell azonban, hogy minden egyén számára a relatív jólét hasznossági határmentén történő eloszlásainak $(s-1)$ dimenzió szerinti mindegyikében különböző ilyen függvény létezik.

3. A DECENTRALIZÁLT SPONTÁN MEGOLDÁS LEHETETLENSÉGE

A bemutatott optimalitási feltételekről csak annyit, hogy egy mindentudó számológép elméletileg meg tudná oldani azokat, ha a betáplálnánk a feltételezett függvényeket. Most még nem létezik ilyen gép. Jól ismert azonban, hogy a versenyző piaci árképzés szolgáltathat egyfajta "analóg számológépet" amennyiben (a) a termelési függvények kielégítik a konstans skáláhozadék és az általánosított csökkenő hozadék neoklasszikus feltevését; (b) az egyének közömbösségi görbéi szokásosan konvexek, és még hozzátehetjük, hogy (c) minden jószág magánjószág. Ekkor az (1) egyenlet bal és jobb oldalán behelyettesíthetjük az egységes piaci p_j/pr árakat és hozzárendeljük az egyes egyéni költségvetési egyenleteket:

$$p_1X_1^i + p_2X_2^i + \dots + p_nX_n^i = L^i (i=1,2, \dots, s) \quad (1)'$$

ahol L_i egy egyösszegű adó, algebrai értékében minden egyén esetében úgy választva, hogy a világ „legjobb” állapotához vezessen. Vegyük észre, hogy ha nem volnának közömbösségi fogyasztású jószágok, akkor (1) és (1)' megoldása rendkívül leegyszerűsödne. Miért? Egyrészt a termelő vállalatok közötti tökéletes verseny biztosítaná, hogy a jószágokat minimális költségen termeljék és a megfelelő határköltségen adják el, ahol minden tényező megkapja a megfelelő hozadékot. Másrészt minden egyén, mint versenyző vásárló az adott ártól és adóktól függő legmagasabb közömbösségi szintre akar jutni, egy Láthatatlan Kéz által vezetve a társadalmi maximum grandiózus megoldása felé. Természetesen a verseny intézményi háttérét biztosítani kellene, és a politikai döntéshozatal még mindig szükséges lenne, de csak „számítástechnikailag” minimális mértékben: nevezetesen az algebrai adókat és transfereket (L_1, \dots, L_s) addig kellene változtatni, amíg a társadalom az etikai „felügyelő” optimumába nem kerül. Az etikai „felügyelő” kiszolgálójának nem kellene kifejezett döntéseket hozni minden egyes személy részletes fogyasztásáról és munkájáról, csak az általános vásárlóerőről kellene döntenie, tudván, hogy mindenkire lehet számítani az optimális elosztás kialakításában. A kommunikációs elmélet és a játékelmélet terminológiájával kifejezve ez jelezné mindenkinek az ízlését, ami az elérhető üdvözlési pont meghatározásához és eléréséhez kell.

Mindazonáltal a fentiek érvényesek maradnak még akkor is, ha a kollektív fogyasztás nem zéró, hanem annak az (1), (2) és (3) által meghatározott, *explicit módon megadott* optimális értékei. *Nincs azonban olyan decentralizált árazó rendszer, amely segítségével optimálisan meghatározhatók a kollektív fogyasztás e szintjei.* Másfajta „szavazást” vagy „jelzést” kell megpróbálni. Ugyanakkor – és ez az a kérdés, amire Wicksell ráérezett, de Lindahl talán nem teljesen fogadott el – most már minden egyes ember önös érdeke, hogy *hamis* jelzéseket adjon, hogy úgy tegyen, mintha kevésbé érdekelné egy adott közösségi fogyasztás, mint valójában. Hangsúlyoznom kell: a haszonelv szerinti adózás egyáltalán nem oldhatja meg a számítási problémát decentralizált módon, ami ugyan lehetséges az első csoport, a „magánjavak” esetében, ahol a szokásos piaci árazás alkalmazható, és amelyeknél nem lépnek fel „externális hatások”, amelyek viszont a kollektív javak fogyasztásának alapvető jellemzői. Utópikus szavazási és jelzési sémákat persze el lehet képzelni. („Skandináv konszenzus”, Kant „kategórikus imperatívusza” és más eszközök, melyek csak a „szimmetria” feltételei mellett értelmesek.) A piac kudarcá egyáltalán nem cáfolja a következő igazságot: elegendő tudás birtokában az optimális döntések mindig megtalálhatók az összes elérhető állapot megismerésével, és annak

az egynek a kiválasztásával, amely a feltételezett etikai jóléti függvény szerint a legjobb. A megoldás „létezik”, a probléma csak az, hogy kell „megtalálni”.

Elképzelhetjük, hogy egy közösségben minden személy „paraméteres decentralizált bürokrataként” viselkedik, *kinyilvánítja* preferenciáit azáltal, hogy válaszjelzéseket ad árparaméterekre vagy Lagrange-multiplikátorokra, kérdőívekre vagy egyéb eszközökre. De még mindig ott ez az alapvető technikai különbség, ami a *szociális* gazdaság egész problematikájának lényegébe hatol: eltávolodva a betanított szabályoktól bárki remélheti, hogy némi hasznot húzhat olyan módon, ami nem lehetséges a magánjavak önszabályozó versenyző árazása mellett. A közösségi javak és a kormányzati tevékenységek lényegéhez tartozó „külső gazdasági hatások” vagy a „kereslet összegződése” lehetetlenné teszi, hogy az optimalizáló egyenletek a 0-ák olyan speciális rendjével bírjon, ami a *laissez-faire* versenyt akár *elméletileg* lehetővé teszi.

4. KÖVETKEZTETÉSEK

A közösségi kiadások által felvetett probléma további feltárása a „szociológia” vagy a „jóléti politika” matematikai területére visz bennünket, amit Arrow, Duncan, Black és mások csak most kezdtek vizsgálni. A politikai gazdaságtan úgy tekinthető, mint egy speciális szektora ennek az általános területnek és nagy szerencse, hogy az általános területen belül van egy szektor, ami vizsgálható a hagyományos közgazdaságtan "egyszerű" eszköztárával.

